

décision sur une base objective. Les limites de l'application de la méthode CFE sont :

- corrélation au préalable entre spécificités techniques des dispositifs et effets cliniques ;
- pour le praticien cotuteur, démarche inhabituelle par rapport à sa pratique clinique ;
- difficulté d'interprétation en cas d'absence de consensus et lorsque la représentativité des disciplines concernées fait défaut.

Conclusion.– En l'absence de preuve dans la littérature, le CFE est un outil intéressant pour élaborer des recommandations de prise en charge de dispositifs médicaux de l'appareil locomoteur. Ont pu être définies les situations cliniques où orthèses tubulaires et bandes ont un intérêt afin d'aider le professionnel de santé quant au choix du dispositif le plus adapté pour le patient.

Pour en savoir plus

Haute Autorité de santé. Recommandations par consensus formalisé. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.

RAND corporation. The RAND/UCLA appropriateness method user's manual. Santa Monica: DAND; 2001.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.208>

CO03-003-f

Cicatrisation des maux perforants plantaires neuropathiques du pied diabétique par une botte en résine fenêtrée inamovible : étude prospective de 255 cas

G. Ha Van

Service de diabétologie, CHU Pitié-Salpêtrière, 47-83, boulevard de l'Hopital, 75013 Paris, France

Adresse e-mail : g.havan@les-trois-soleils.fr.

Introduction.– Le traitement de référence des maux perforants plantaires (MPP) neuropathiques du pied diabétique est la botte de contact total La technique décrite par les auteurs anglo-saxons comporte l'obligation d'ouvrir la botte tous les dix jours et de changer la botte en cas de non-cicatrisation. Nous avons mis au point une technique qui permet de ne pas ouvrir la botte jusqu'à cicatrisation totale en associant une fenêtre en regard de la plaie.

Malades et méthodes.– Nous avons inclus 255 patients porteurs d'un MPP ou d'une plaie plantaire après chirurgie osseuse conservatrice sur ostéite chez des patients diabétiques neuropathiques sans artériopathie sévère. La pose se faisait dans la même unité de podologie diabétique par deux kinésithérapeutes entraînés à la méthode. La botte n'était retirée qu'après cicatrisation totale. Les pansements étaient réalisés à travers une fenêtre en regard de la plaie plantaire. Les patients étaient revus à j+8, j+15, puis tous mois jusqu'à cicatrisation. Ils étaient traités par héparine de bas poids moléculaire et un pansement de type interface.

Résultats.– Deux cent cinquante-cinq bottes en résine ont été posées de 1997 à 2010. Soixante-quinze pour cent d'hommes, 78 % de diabète de type II (DT2), âge moyen 57 ± 9 ans, âge du diabète 14 ans chez DT2 et 28 ans chez DT1. 80 % avaient un MPP sans infection et 14,5 % avec ostéite opérée, ancienneté plaie = 1,5 années en moyenne, localisation avant pied 46 %, médio pied 35 %, 12 % arrière-pied 7 % mixte. Surface moyenne plaie = $4,77 \text{ cm}^2$.

Observance : Quatre-vingt-seize pour cent bottes conservées avec l'accord du patient.

Taux de cicatrisation = taux cicatrisation global = 81,4 % en 95 jours et 82 % en 86 jours pour les patients ayant une plaie neuropathique pure sans ostéite.

Complications : Trente-six bottes changées une fois, 23 ulcérations bénignes par la botte.

Conclusion.– La technique de botte en résine fenêtrée est aussi efficace que la botte de contact total et peut ne pas être ouverte régulièrement sans complications. La technique doit être maîtrisée et réalisée dans une équipe spécialisée. Cette technique confirme un taux de cicatrisation excellent dans des délais courts étant donné l'ancienneté des plaies de l'étude.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.209>

CO03-004-f

Le traitement de l'hyperhidrose du membre résiduel après amputation, apport de la toxine botulinique : à propos d'une série de cas à l'hôpital d'instruction des armées Percy

H. Bisseriex^{a,*}, L. Thefenne^b, S. Compere^a, D. Rogez^a, F. Dochez^a, H. Mercier^a, E. Lapeyre^a

^a Hôpital d'instruction des armées Percy, 101, avenue Henri-Barbusse, 92140 Clamart, France

^b Hôpital d'instruction des armées Laveran, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : helene.bisseriex@neuf.fr.

Mots clés : Hyperhidrose ; Membre résiduel ; Toxine botulinique ; Traitement ; Intradermique

L'hyperhidrose se définit comme une sécrétion de sueur inappropriée par rapport aux besoins de thermorégulation du corps.

L'hyperhidrose du membre résiduel après amputation résulte de la conjonction du confinement du membre résiduel dans l'appareillage et de la relative augmentation de la transpiration par compensation du membre manquant. Elle engendre une gêne fonctionnelle majeure liée principalement à la désadaptation de la prothèse, particulièrement durant les périodes chaudes, de forte activité professionnelle ou dans les activités sportives. Elle favorise la survenue de problèmes dermatologiques. L'impact sur la qualité de vie peut être majeur. Les traitements conventionnels sont les traitements topiques : sels d'aluminium et ionophorèses.

La toxine botulinique est utilisée depuis plusieurs années pour traiter les hyperhidroses axillaire, palmaire et plantaire. L'autorisation de mise sur le marché a été obtenue en 2003 pour la toxine botulinique Botox[®] dans l'hyperhidrose axillaire uniquement.

Nous avons proposé ce traitement aux patients amputés souffrant d'hyperhidrose, après échec des traitements par sels d'aluminium (injections intradermiques de 100 unités Botox[®] dans 4 mL de sérum physiologique, en 40 points, répartis uniformément sur la zone couverte par le manchon).

L'analyse des résultats des neuf premiers patients amputés des membres inférieurs a permis de mettre en évidence une amélioration non négligeable des paramètres fonctionnels. Nous avons ainsi pu déterminer des critères d'évaluation pertinents pour la mise au point d'un protocole de recherche afin de valider notre pratique.

L'« EVA-gêne liée à la sueur », l'« EVA-désadaptation de prothèse », l'« EVA-troubles de la marche », le nombre de déchaussage de prothèse pour sécher par jour et un score de qualité de vie cutanée (DLQI) sont parmi les critères d'évaluation principaux.

Pour en savoir plus

Charrow A, et al. Intradermal botulinum toxin type A injection effectively reduces residual limb hyperhidrosis in amputees: a case series. Arch Phys Med Rehabil 2008;89(7):1407–9.

Glaser DA, et al. Palmar and plantar hyperhidrosis: best practice recommendations and special considerations. Cutis 2007;79(5 Suppl.):18–28.

Gratrix M, Hivnor C. Botulinum toxin A treatment for hyperhidrosis in patients with prosthetic limbs. Arch Dermatol 2010;146(11):1314–5.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.210>

CO03-005-f

Prise en charge et appareillage chez les patients amputés fémoraux bilatéraux

V. Gerard^{a,*}, G. Cicchellero^a, S. Dumoulin^a, F. Kabbert^b, B. Kaye^a, J. Strea^a, B. Maertens De Noordhout^a

^a CNRF, 30, champs des Alouettes, 4557 Fraiture, Belgique

^b Ortho Applications

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : val.gerard.flquette@gmail.com.

Mots clés : Amputation fémorale ; Rééducation fonctionnelle ; Appareillage orthopédique